ربانی، زینب؛ بیگدلی، ایمان اله ؛ نجفی، محمود (۱۳۹۴). رابطه مذهب با سلامت روان: نقش میانجی احساس شرم و گناه. پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، ۵(۱)، ۱۵۳-۱۳۴.

رابطه مذهب با سلامت روان: نقش میانجی احساس شرم و گناه

زینب ربانی[۱]، ایمان اله بیگدلی[۲]، محمود نجفی[۳]

دریافت: ۱۳۹۳/۹/۲۰ پذیرش: ۱۳۹۴/۱۰/۱۰

چکیده

هدف از پژوهش حاضر بررسی اثر مذهب بر سلامت روان به واسطه هیجانات خودآگاه احساس شرم و احساس گناه بود. بدین منظور ۲۸۶ نفر از دانشجویان مقطع کارشناسی دانشگاه سمنان به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای تصادفی انتخاب شدند و مقیاس هیجان خودآگاه برای بزرگسالان تانجنی و همکاران، پرسشنامه دینداری گلاک و استارک و پرسشنامه سلامت عمومی گلدبرگ را تکمیل نمودند. ارتباط متغیرها در قالب یک الگوی ساختاری مورد بررسی قرار گرفته و به روش تحلیل مسیر با استفاده از نرم افزار لیزرل آزمون شد. نتایج، اثر واسطه‌ای هیجان احساس گناه را بین ابعاد مختلف مذهب با سلامت روان نشان داد به طوری که ابعاد اعتقادی(β=۰/۱۶) ، عاطفی(β=۰/۲۴) و مناسکی(β=۰/۱۴) مذهب احساس گناه را به طور مثبت پیش بینی کرده و به واسطه این هیجان(β=۰/۱۸) بر سلامت روان اثر مثبت داشتند. برای هیجان احساس شرم رابطه معناداری با ابعاد مذهب به دست نیامد اما این هیجان سلامت روان را به صورت منفی پیش بینی نمود(β=-۰/۴۱). بنابراین ابعاد مختلف مذهب با افزایش هیجانات مثبت از جمله احساس گناه سازگارانه منجر به ارتقاء سلامت روان شده و احساس شرم ناسازگار، احتمال گرایش به بیمارهای روانی را افزایش داده و سلامت روانی را به مخاطره می اندازد.

کلید واژه‌ها: مذهب، ابعاد دینداری، سلامت روان، احساس شرم، احساس گناه

---

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی تربیتی دانشگاه سمنان rabbany2007@gmail.com

۲. دانشیار گروه روانشناسی دانشگاه فردوسی مشهد، نویسنده مسئول ibigdeli@um.ac.ir

۳. استادیار گروه روانشناسی بالینی دانشگاه سمنان.

مقدمه

در چندین دهه اخیر نقش مذهب و معنویت در سلامت و بهداشت روان، مورد توجه فراوانی قرار گرفته و مطالعات نظری و تجربی زیادی را به خود اختصاص داده است. در جهان کنونی علیرغم پیشرفت‌های علمی چشمگیر و افزایش رفاه مادی در اکثر جوامع به ویژه جوامع صنعتی، بشر هنوز نتواسته است به آرامش روحی و روانی مطلوب دست یابد. افزایش روزافزون بیماری‌ها و اختلالات روانی موجب شده است تا نیازهای معنوی بشر در برابر خواسته‌ها و نیازهای مادی اهمیت بیشتری یابند. از این رو بحث معنویت و مذهب به طرز چشمگیری در روانشناسی مطرح و مطالعات گسترده‌ای در این زمینه انجام شده که نتایج مطالعات همگی بیانگر تاثیر انکارناپذیر مذهب و معنویت بر سلامت روح و جسم و دیگر ابعاد زندگی بشر بوده است. بنیامین راش، پدر علم روانپزشکی، در این باره اظهار کرده است که نقش مذهب در سلامت روانی انسان همانند اکسیژن برای تنفس است (Karami, Roghanchi, Atari, Bashideh & Shukri, 2006)). تحقیقات انجام شده به خصوص در زمینه‌های روانپزشکی و روان درمانی نیز حاکی از اهمیت و ضرورت دین در بهداشت روانی و روان درمانی بوده است (Koenig, McCollough & Larson, 2001; Levin, 2001; Murray-Swank, Lucksted, Medoff et al, 2006; Sternthal, Williams, Musick & Johnson, Tulsky, Hays et al, 2011 .(Buck, 2010 نیاز به دین و پرستش خداوند ریشه در فطرت و سرشت آدمی دارد به این معنی که انسان در اعماق وجود خویش انگیزه‌ای را احساس می‌کند که او را به پژوهش در رابطه با خالق هستی و عبادت، چاره جویی و پناه بردن به او وا می‌دارد. در حقیقت اعتقاد بر این است که در ایمان به خدا، نیروی خارق‌العاده‌ای وجود دارد که نوعی قدرت معنوی به انسان می‌بخشد و در تحمل سختی‌های زندگی او را کمک کرده و از نگرانی و اضطرابی که بسیاری از مردم در معرض ابتلای به آن هستند دور می‌سازد (Nejati,2005).

فرد دیندار که خود را تحت حمایت کامل خداوند می‌بیند، رویدادهای زندگی حتی بلایا و مصایب را نعمت و آزمایش الهی تلقی می‌کند و خود را موظف می‌داند با اتکال به نیروی الهی ناملایمات زندگی را تحمل کند. چنین فردی دچار یاس و ناامیدی نمی‌گردد زیرا برای این جهان هدفی متعالی قائل است و خداوند را حامی خود می‌داند (Krause, 2003). بنابراین انسان دیندار با ایمان به خداوند و اعمال دستورات دینی در زندگی از دلهره و نگرانی رهایی یافته، در برابر بیماری‌های روانی مصون شده و به آرامش و اطمینان قلبی دست می‌یابد.

شواهد تجربی نیز همسو با مبانی نظری بوده و در اغلب موارد بیانگر رابطه مثبت بین مذهب و سلامت روان می‌باشد. در فراتحلیلی که توسط پاین و همکارانش (Payne,1991) در زمینه مطالعات مذهبی و

سلامت روانی انجام شد نتایج در ۴۷ درصد مطالعات رابطه‌ی مثبت، در ۲۳ درصد رابطه منفی و در ۳۰ درصد آنها رابطه غیرمعنادار را نشان داد. کوئینگ و لارسون (Koenig & Larson, 2001) نیز در یک مطالعه نظام مند ۸۵۰ پژوهش مرتبط با مذهب و سلامت روان را بررسی کردند. در مطالعاتی که ارتباط مذهب با رضایت از زندگی بررسی شده بود، در ۷۹ درصد موارد بین باورها و اعمال مذهبی، و رضایت بیشتری از زندگی رابطه مثبت به دست آمده بود. در مطالعاتی که رابطه مذهب با افسردگی بررسی شده بود، افراد مذهبی حدود دو سوم یا کمتر دچار افسردگی و/یا اضطراب شده بودند.

یکی از اهداف اساسی مطالعه رابطه معنویت و مذهب با سلامت روان، روشن ساختن چگونگی یا مکانیزم اثرگذاری مذهب و معنویت بر سلامت روانی انسان می‌باشد. به عقیده کوئینگ (Koenig, 2004, 2008) باورها و اعمال مذهبی با ایجاد نگرش مثبت به دنیا، افزایش هیجانات مثبت مانند سعادت، امید و احساس هدف و معنا در زندگی، به مقابله با رویدادهای منفی و عوامل استرس زا کمک می کنند. بر اساس مطالعات نظری، تعهد به یک نظام باور مذهبی می تواند از طریق ترویج رفتارهای سالم، به ارتقا سلامت روان بیانجامد (به عنوان مثال اجتناب از توتون و تنباکو، الکل، مواد مخدر، رفتار ضد اجتماعی). انجام اعمال مذهبی مانند خواندن نماز و دعا و مناسک مذهبی دسته جمعی، هیجانات سودمندی از قبیل قدردانی، فروتنی، فضل، بخشش و عشق، با فواید پیشگیرانه و یا درمانی را تولید می کند. اعتقادات مذهبی (در مورد خدا، وجود انسان، هدف از زندگی، زندگی پس از مرگ، اراده آزاد، ماهیت شر، تعهدات انسانی) نیز با باورهایی که شیوه‌های مراقبت از سلامت پیشگیرانه را ترویج می‌کنند، همخوان می‌باشد. همچنین مطالعات بیانگر آن است که ایمان و یا مذهب، به یقین می تواند انتظارات مثبتی را ایجاد کند که القا کننده امید و خوش بینی بوده و انسان را برای مقابله با و یا بهبود ناراحتی و اضطراب قادر می‌سازند (Levin, 2010).

پارک، کوهن و هرب (Park, Chohen & Herb, 1990) در پژوهشی تأثیر مثبت دین در سازگاری با رویدادهای استرس زای زندگی را نشان دادند. شافر و کینگ (Schafer & King , 1990) نیز در مطالعه دیگری نشان دادند افراد متدین بهتر از افراد غیرمتدین می توانند با فشارهای روانی و رویدادهای منفی زندگی مقابله کنند و با آن کنار بیایند.

بر این اساس می توان گفت مذهب با تاثیر بر باورها، عواطف و نگرش‌های فرد و به واسطه پیامدهای رفتاری و هیجانی که ایجاد می کند، بر سلامت روان تاثیر می گذارد. محققین و پژوهشگران به منظور مشخص کردن مکانیزم اثر مذهب بر سلامت روان، بسیاری از واسطه‌های احتمالی مشاهده شده در ارتباط بین مذهب

و سلامت روان را پیشنهاد کرده‌اند. دو هیجان مهم و مرتبط با دین و مذهب، که می‌توانند به عنوان واسطه‌ای بین مذهب و سلامت روان قرار گیرند، احساس گناه و شرم می‌باشند.

هیجانات شرم و احساس گناه دو هیجان خودآگاه و اخلاقی هستند که مرتبط با عملکرد سوپر ایگو بوده و هر دو نتیجه تخطی از استانداردها و یا هنجارهای اخلاقی‌اند. این دو هیجان با وجود این که وجوه مشترکی دارند، از یکدیگر متمایز می‌باشند. احساس گناه هیجانی است که بعد از یک خطای اخلاقی در فرد به وجود می‌آید (Baumeister, Stillwell & Heatherton,1994). کسانی تجربه‌ی احساس گناه را دارند که با رفتارشان به کسی آسیب زده باشند (Lewis, 1971). شرم دیگر هیجان اخلاقی که وابسته به احساس گناه می‌باشد و پس از یک خطای اخلاقی یا پس از تظاهرات عدم شایستگی بروز می‌کند (Keltner & Buswell,1996). شرم؛ حالت شخصی است که نشان دهنده‌ی بی‌کفایت بودن، احساس بد بودن و حقارت نسبت به دیگران می‌باشد (Ausubel,1955؛ TangneyJ. E, Wagner, E., & Gramzo, 1992 ، به نقل از Etemad, 2012).

در ادبیات نظری و تجربی شرم و احساس گناه، این هیجانات به دو شکل سازگار[1] و ناسازگار[2] مطرح شده و در دیدگاه‌های مختلف به اشکال متفاوتی تعریف شده‌اند. بر اساس این تعاریف به نظر می‌رسد که هیجانات مذکور پیامدهای متفاوتی بر عملکرد بین فردی و درون فردی دارند (Tangney, 1995).

تانجنی (Tangney, 2002)، که تحقیقات زیادی در این زمینه انجام داده است، معتقد است احساس گناه جزء سالم‌تری از عملکرد سوپرایگو است. احساس گناه رفتارهای جامعه پسند، جبران کننده[3] و همدلی را در سطح بین فردی پرورش می‌دهد، و با اختلالات روانی عدم همبستگی یا همبستگی منفی را نشان می‌دهد. در مقابل حالت شرم در هر دو سطح بین فردی و درون فردی ناسازگار است، عمدتاً به دلیل که این هیجان با یک ارزیابی منفی از «خود» [4] و با احساس از دست دادن کنترل همراه است، شرم با پرخاشگری، بیرونی سازی[5] ، فقدان همدلی در سطح بین فردی و با انواع نشانه‌های روحی و روانی، به طور عمده افسردگی، بلکه اضطراب و خشم، در حوزه درون فردی در ارتباط است (Tangney, 1995; Tangney, Urggrasf & Wagnerp, 1995).

1. adaptive
2. maladaptive
3. reparative
4. self
5. externalization

با این حال، برخی از محققین معتقدند که بین احساس گناه و آسیب‌های روانی نیز ارتباط وجود دارد (به عنوان مثال Lewis, 1971; Harder,1995; Fontain, Corveleyn & Luyten,1998 & Bruno, Lutwak, & Agin, 2009). این محققین اظهار می کنند که احساس گناه مفهوم سازی شده توسط تانجنی (Tangney,2000) شکل بسیار خفیف و سازش یافته احساس گناه است. در تحقیقات تجربی که توسط فونتین و همکارانش (Fontaine, 1998) و دیگران (به عنوان مثال Harder,1995) انجام شد، مشخص شد که اشکال منحصر به فرد تر و شدیدتر احساس گناه پیامدهای منفی برای عملکرد بین فردی و درون فردی دارند. در این پژوهش‌ها احساس گناه معمولا به عنوان یک احساس بد در مورد "خود" توصیف شده است. تانجنی (Tangney, 1995) معتقد است آنچه در این پژوهش‌ها مورد بررسی قرار گرفته، در واقع احساس گناه آمیخته با شرم بوده است (Lewis, 1971; Tangney, Urggrasf & Wagnerp,1995) و در حقیقت جزء شرم این احساس است که مسئول روابط ممکن با ناسازگاری های فردی و/ یا درون فردی می باشد. در دیدگاه تانجنی، در احساس گناه، تمرکز روی یک رفتار خاص، و نه بر «خود» فرد هدایت شده است اما در شرم تمرکز بر «خود» نهفته است. بنابراین، در احساس گناه شخص می گوید «من آن *کار* وحشتناک *را انجام دادم*». و در شرم شخص می گوید « *من* آن کار وحشتناک را انجام دادم» (Tangney, 1995).

در ادبیات روبه رشد مذهب و سلامت روان، شواهد تجربی حاکی از همبستگی منفی بین مذهب و علائم روانشناختی همراه با حالات شرم و احساس گناه عملکرد سوپراگو، مانند افسردگی، اضطراب و خشم می‌باشد (Jacobs, 1992; Hood, Spilkab & Gorsuchr, 1996 & Johnson, Tulsky, Hays et al, 2011). بنابراین می‌توان گفت مذهب به لحاظ شناختی و هیجانی، می‌تواند اثرات منفی شرم و یا احساس گناه را به طور مستقیم با فراهم آوردن احساس معنا، کنترل و عزت نفس برای افراد دیندار یا مذهبی تضعیف کرده و یا از آن ها جلوگیری نماید (Jacobs, 1992; Hood, Spilkab & Gorsuchr, 1996) و اثرات مثبت و سازش یافته احساس گناه را در عملکرد بین فردی و درون فردی افزایش دهد. بنابراین انتظار می‌رود افراد مذهبی به دلیل داشتن سطح بالاتری از احساس گناه، احساس همدلی و رفتار جبران کننده، در سطح بین فردی و درون فردی، سازگارانه‌تر رفتار کنند و اثرات احساس شرم ناسازگار و پیامدهای ناشی از آن یعنی آسیب‌های روانی، در این افراد کمتر مشاهده شود (Fontain, Corveleyn & Luyten 1998; Fontain, Luyten & Corveleyn,1998). بر این اساس می‌توان انتظار داشت که هیجانات شرم و احساس گناه بتوانند به عنوان متغیرهای میانجی در رابطه بین مذهب و سلامت روان قرار گیرند. در ادبیات مربوط به رابطه مذهب و سلامت روان متغیرهای متعددی معرفی شده و اثرات مستقیم و یا غیر مستقیم آن‌ها بر سلامت روان مورد

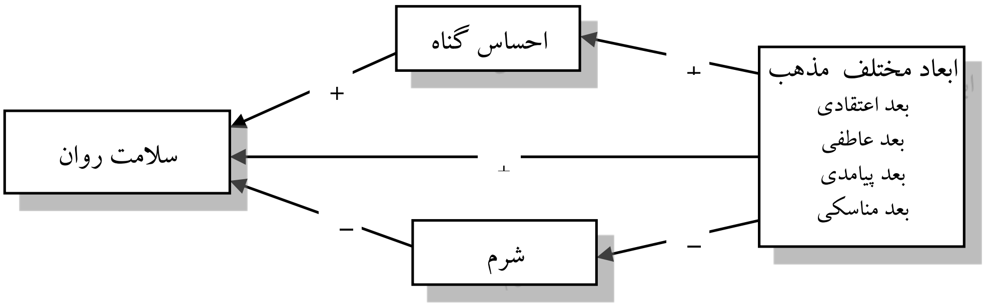
بررسی قرار گرفته است اما اثر هیجانات شرم و احساس گناه کمتر مورد توجه قرار گرفته است. با توجه به اهمیت این هیجانات در سلامت روانی افراد و ارتباط آن‌ها با مذهب و دینداری، در پژوهش حاضر رابطه مذهب یا دینداری به واسطه هیجانات شرم و احساس گناه در قالب یک الگوی ساختاری مورد بررسی قرار گرفته است (نمودار ۱).

یکی از نکات مهم و اساسی در رابطه مذهب و سلامت روان، تعاریف مفهومی و عملیاتی، و نحوه سنجش مذهب می‌باشد در حقیقت یکی از دلایل وجود نتایج ناهمخوان و یا متناقض در تحقیقات نیز همین مسئله می‌باشد. مذهب یا دینداری یک سازه پیچیده و چند بعدی است در مطالعات اولیه به صورت کلی در نظر گرفته می‌شد اما در تحقیقات اخیر پژوهشگران به استفاده از ابعاد مختلف مذهب و دینداری گرایش داشته‌اند. کلاگ و استارک (Glock & Stark, 1965) مدلی چند بعدی برای دینداری ارائه نمودند که شامل ابعاد اعتقادی[1] ، تجربه‌ای[2]، پیامدی (کاربردی)[3]، مناسکی[4] و فکری[5] می‌باشد. این محققین معتقدند که در همهٔ ادیان دنیا به رغم تفاوت‌های موجود در جزئیات، این ابعاد مشترک در دینداری وجود دارد. بعد اعتقادی یا باورهای دینی عبارت است از باورهایی که انتظار می‌رود پیروان آن دین به آنها اعتقاد داشته باشند. بعد عاطفی (تجربه‌ای) یا عواطف دینی ناظر بر عواطف، تصورات و احساسات مربوط به داشتن رابطه با خدا یا واقعیتی غایی است. بعد مناسکی یا اعمال دینی شامل اعمال دینی مشخصی از جمله عبادات واعمال مورد تأکید دین است. بعد فکری یا دانش دینی مشتمل بر اطلاعات و دانستنی‌های مبنایی معتقدات هر دین است که مورد انتظار است پیروان هر دین آنها را بدانند. بعد پیامدی یا آثار دینی شامل انعکاس چهار بعد مذکور در زندگی روزمره پیروان آن است (Serajzadeh, 1999). در ایران نیز در تحقیقات متعددی رابطه مذهب با سلامت روان انجام شده است (Mirzamani& Mohammad, 2001; Khodayarifard, 2001; Bahrami Ehsan, 2003) و نتایج حاکی از رابطه مثبت مذهب با سلامت روانی و جسمانی و رابطه معکوس مذهب با اختلالات روانی ازجمله اضطراب و افسردگی بوده است. در بیشتر این تحقیقات مذهب با استفاده از آزمون نگرش‌های مذهبی و یا ارزش های مذهبی مورد سنجش قرار گرفته است. چراغی و مولوی (Cheragh i& Maulvi, 2006) به منظور بررسی دقیق تر ابعاد مذهب، از مقیاس سنجش دینداری گلاک و استارک (Glock & Stark, 1965) انطباق یافته با دین اسلام (Serajzadeh, 1999) استفاده کردند. نتایج

1. belief
2. experimental
3. application
4. ritual
5. intellectual

تحقیق آنها نشان داد بین ابعاد اعتقادی ، تجربه‌ای و مناسکی دینداری با زیرمقیاس‌های مختلف سلامت عمومی همبستگی معناداری وجود دارد. در پژوهش مذکور، سازه سلامت عمومی، میزان اختلالات جسمی و روانی ازجمله اضطراب و بدخوابی، افسردگی شدید و اختلال درکارکرد اجتماعی را سنجیده و نمره بالاتر در آن بیانگر سلامت عمومی کمتر می‌باشد. از اینرو همبستگی‌های به دست آمده منفی بوده است و برای بعد پیامدی دینداری با هیچ یک از زیرمقیاس‌های سلامت عمومی رابطه‌ای به دست نیامد.

در پژوهش حاضر به منظور بررسی دقیق و واضح‌تر مکانیزم اثر مذهب بر سلامت روان، از مقیاس دینداری منطبق با دین اسلام (Serajzadeh, 1999) که شامل چهار بعد اعتقادی، عاطفی، پیامدی و مناسکی است، استفاده شده و هدف پژوهش بررسی رابطه ابعاد مختلف مذهب یا دینداری با سلامت روان به واسطه هیجانات شرم و احساس گناه می‌باشد.



نمودار ۱. مدل مفهومی پژوهش

روش

پژوهش حاضر از نوع همبستگی است. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از آماره‌های توصیفی و روش تحلیل مسیر توسط نرم افزارهای لیزرل و SPSS استفاده گردید.

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

جامعه آماری تحقیق حاضر را کلیه دانشجویان کارشناسی دانشگاه سمنان در سال تحصیلی۹۳-۱۳۹۲ تشکیل دادند. از این جامعه، نمونه‌ای شامل ۳۱۰ دانشجوی دختر و پسر به روش خوشه‌ای چندمرحله‌ای تصادفی انتخاب گردید. به این صورت که از دانشکده های روانشناسی و علوم تربیتی، علوم انسانی، علوم پایه و مهندسی، به تعداد مساوی و به طور تصادفی ۱۲ کلاس انتخاب شده و کلیه دانشجویان کلاس پرسشنامه

های مذکور را تکمیل نمودند. تعداد ۲۴ عدد از پرسشنامه ها مخدوش بود که پس از کنار گذاشتن آنها تعداد آزمودنی ها به ۲۸۶ نفر رسید.

ابزار

الف- مقیاس هیجانات خودآگاه برای بزرگسالان[1]: این مقیاس توسط تانجنی و همکاران (Tangney,2000) ساخته شد و شامل ۱۶ گویه ی سناریو محور است که سناریوهای این نسخه دربرگیرنده گویه‌هایی است که مستعد بودن به صفت شرم(۱۶ ماده)، مستعد بودن به صفت گناه (۱۶ ماده)، برونی کردن (۱۶ماده)، بی‌تفاوتی(۱۱ ماده)، غرورآلفا (۵ ماده) غروربتا (۵ ماده) را می‌سنجند. در پژوهش حاضر فقط از گویه‌های مربوطه به احساس شرم و احساس گناه استفاده شد. هر گویه بر روی یک مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرتی درجه بندی می‌شود. در مطالعات قبلی همسانی درونی این مقیاس برای زیر مقیاس شرم بین ۰/۷۶ تا ۰/۸۸ و برای زیر مقیاس گناه ۰/۷۰تا ۰/۸۳ به دست آمده است (Tangney, Dearing, 2002). اعتبار سازه‌ی این مقیاس نیز در پژوهش تانجنی و دیرینگ (Tangney, Dearing, 2002) بررسی شد و نشان دهنده‌ی همبستگی معنادار و مثبت بین خرده مقیاس مستعد بودن به صفت شرم با نه مؤلّفه‌ی چک لیست علائم آسیب‌های روانی (scl-90)[2] بود (ضرایب همبستگی ۰/۲۰ تا ۰/۴۰ و در سطح P< ۰/۰۰۱ معنادار بود) و همبستگی مثبت غیرمعنادار یا منفی معنادار بین خرده مقیاس‌های مستعد بودن به صفت گناه با نه مؤلفه‌ی چک لیست علائم به دست آمد (ضرایب همبستگی بین ۰/۱۳ تا ۰/۱۷-). ویژگی‌های روانسنجی این ابزار در ایران نیز محاسبه شد و پایایی آلفای کرونباخ و بازآزمایی به فاصله‌ی یک هفته برای احساس شرم به ترتیب ۰/۷۸ و ۰/۶۴ و برای احساس گناه به ترتیب ۰/۶۴ و ۰/۳۹ به دست آمد (Etemad , 2012). علاوه بر این همبستگی بین خرده مقیاس شرم و افسردگی یک مثبت و معنادار و همبستگی بین خرده مقیاس احساس گناه و افسردگی مثبت و غیرمعنادار به دست آمد (Roshan Chesli , (Atrifard & Noori Moghaddam, 2007. در پژوهش حاضر پایایی به روش همبستگی درونی انجام شد و ضرایب آلفای کرانباخ برای هیجانات شرم و احساس گناه به ترتیب ۰/۷۹ و ۰/۷۸ به دست آمد.

ب- پرسشنامه دینداری: این پرسشنامه توسط گلاک و استارک (Glock & Stark, 1965) برای سنجیدن نگرش ها و باورهای دینی و دینداری ساخته شده و توسط سراج زاده (Serajzadeh, 1999) با دین اسلام انطباق یافته است. پرسشنامۀ حاضر پس از انطباق دارای ۲۶ گویه م باشد که در چهار بعُد اعتقادی (با

1.Tests of Self-Conscious Affect-3 (TOSCA-3)
2. the Symptom Checklist 90

۷ گویه)، عاطفی (با ۶ گویه)، پیامدی (با ۶ گویه) و مناسکی (با ۷ گویه) جهت سنجش میزان دینداری به کار می رود. مقیاس اندازه گیری مورد استفاده در این سنجش، لیکرت می باشد که هر گویه پنج درجه ارزشی «کاملاً موافق، موافق، بینابین، مخالف و کاملاً مخالف» را در بر می‌گیرد و ارزشهای هر گویه بین صفر تا چهار متغیر می‌باشد. روایی این پرسشنامه به سه روش صوری، ساختی و بیرونی بررسی و تایید شده است. به منظور بررسی روایی صوری، چند نفر از دانشجویان دکترا عبارات را بررسی کرده و روایی آنها را تایید نموده اند. روایی ساختی به وسیله پیوند تفاوتی بین جنسیت و دینداری آزمون گردیده و برای روایی بیرونی از نمره ارزیابی افراد از دیندار بودن خود استفاده شده که ضریب همبستگی بالا بیانگر این روایی بوده است. پایایی این پرسشنامه دارای ضریب آلفای ۰/۸۳ بوده و مقدار آلفا برای متغیرهای بُعد اعتقادی ۰/۸۱، بعد عاطفی ۰/۷۵، بُعد پیامدی ۰/۷۲ و بعد مناسکی ۰/۸۳ می‌باشد (Serajzadeh, 1999). در پژوهش حاضر روایی پرسشنامه به روش تحلیل عاملی با روش مولفه های اصلی با چرخش واریماکس انجام گرفت. مقدار ضریب KMO (شاخص کفایت نمونه گیری) و آزمون کرویت بارتلت (شاخص کفایت ماتریس همبستگی) گویای وجود شواهد کافی برای انجام تحلیل عوامل بود. مقدار ضریب KMO، ۰/۹۰ و مقدار خی دو آزمون بارتلت، ۲۶۹۹/۴۷ محاسبه شد که از نظر آماری معنی دار است (p<۰/۰۰۱). گویه ۷ به دلیل بار عاملی پایین حذف شد. تحلیل عاملی در کل چهار عامل با ارزش های ویژه بالاتر از یک مشخص می کند که هم سو با پرسشنامه اصلی می باشد. این عوامل در مجموع ۴۹/۴۵٪ واریانس کل را پیش بینی می کردند. پایایی این پرسشنامه به روش آلفای کرانباخ محاسبه شد. میزان ضرایب آلفا به ترتیب برای بعد اعتقادی ۰/۸۴، بعد عاطفی ۰/۶۶، بعد پیامدی ۰/۷۱ و بعد مناسکی ۰/۸۲ به دست آمد.

ج- پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ-12): پرسشنامه سلامت عمومی یک ابزار غربالگری است که در سال ۱۹۷۰ به وسیله گلدبرگ(Goldberg, 1970) ساخته شد. این پرسشنامه برای استفاده در موارد مختلف و فرهنگ ها ی متفاوت گسترش یافت. در ابتدا دارای ۶۰ گویه بود اما هم اکنون فرم های کوتاه تر آن شامل۱۲، ۲۰، ۲۸ و ۳۰ گویه‌ای آن موجود می باشد. در پژوهش حاضر از فرم ۱۲ گویه ای استفاده شده است. هر گویه با مقیاس درجه بندی لیکرت چهار ارزشی (۰-۱-۲-۳) اندازه گیری می شوند. کلیه فرم های این پرسشنامه از روایی و پایایی بالایی برخوردار بوده است. در اعتبار یابی و ساختار عاملی این پرسشنامه که توسط یعقوبی و همکاران (Yaghubi, 2012) انجام شد روایی آن به روش تحلیل عاملی انجام شده و نتایج حاکی از وجود دو عامل بود که ۶۲/۴۸ از واریانس کل را تبیین نمودند. همسو با نام گذاری آندریچ و ون اسکروبوئک (Andrich & Van schroboeck, 1989) این عوامل به نشانه‌های سلامت روانی مثبت و

نشانه های اختلال روانی نام گذاری شد. این محققین روایی این پرسشنامه را به روش آلفای کرانباخ محاسبه کرده و به ترتیب ضرایب ۰/۸۸ برای سلامت روانی مثبت و ۰/۸۷ برای نشانه های اختلال روانی و ۰/۹۱ برای کل پرسشنامه به دست آوردند. در پژوهش حاضر روایی این پرسشنامه به روش تحلیل عاملی اکتشافی بررسی شد. تحلیل عامل به روش مولفه های اصلی با چرخش واریماکس انجام گرفت. مقدار ضریب KMO، ۰/۸۸و مقدار خی دو آزمون بارتلت، ۱۱۵۴/۱۰ محاسبه شد که از نظر آماری معنی دار است (p<۰/۰۰۱). تحلیل عاملی در مجموع دو عامل با ارزش های ویژه بالاتر از یک مشخص می کند که هم سو با پرسشنامه اصلی می باشد. ملاک استخراج عوامل شیب منحنی اسکری و ارزش ویژه بالاتر از یک بود که در مجموع ۵۰/۹۵ واریانس کل را پیش بینی می کردند. پایایی این پرسشنامه به روش آلفای کرانباخ محاسبه شد. میزان ضرایب آلفا به ترتیب برای عامل سلامت روانی مثبت، ۰/۷۸ و برای عامل نشانه های اختلال روانی ۰/۸۰و برای کل پرسشنامه ۰/۸۶ به دست آمد. در پژوهش حاضر متغیر سلامت روان به صورت کلی با در نظر گرفتن نمرات دو عامل به دست آمده است. به این صورت که نمره بالاتر بیانگر سلامت روانی بالاتر فرد می باشد.

یافته‌ها

ابتدا به منظور بررسی چگونگی ارتباط متغیرهای پژوهش، اطلاعات توصیفی و همبستگی بین متغیرهای پژوهش محاسبه گردید که نتایج آن در جدول ۱ ارائه گردیده است.

ضرایب همبستگی مندرج در جدول ۱ بیانگر آن است که پیش بینی‌های مدل مفهومی پژوهش در مورد ارتباط بین متغیرها، با همبستگی‌های به دست آمده هماهنگ می‌باشد. به بیان دیگر ارتباط میان متغیرهای برون‌زا و درون‌زای مدل در همبستگی‌های زوجی متغیرها آشکار بود، که این خود مجوزی برای انجام تحلیل مسیر و آزمون مدل می‌باشد.

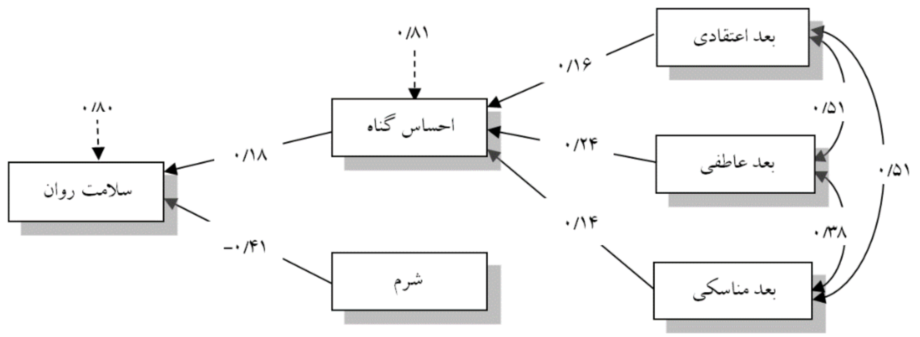
جدول ۱- ماتریس همبستگی و یافته‌های توصیفی متغیرهای پژوهش (تعداد آزمودنی‌ها =۲۸۶)

متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷
۱- بعد اعتقادی	۱						

۲- بعد عاطفی	۰/۵۱**	۱					
۳- بعد پیامدی	۰/۶۰**	۰/۴۱**	۱				
۴- بعد مناسک	۰/۵۱**	۰/۳۸**	۰/۳۵**	۱			
۵- شرم	۰/۰۷	۰/۰۳	۰/۰۴	−۰/۰۱	۱		
۶- احساس گناه	۰/۳۵**	۰/۳۷**	۰/۱۶*	۰/۳۱**	۰/۰۷	۱	
۷- سلامت روانی	۰/۱۳*	۰/۱۱*	۰/۰۸	۰/۱۲*	−۰/۴۰**	۰/۱۵*	۱
میانگین	۲۹/۳۴	۱۵/۴۹	۸/۷۹	۱۰/۳۶	۲۹/۷۵	۵۰/۸۷	۲۷/۴۷
انحراف معیار	۶/۰۳	۲/۹۸	۴/۴۷	۴/۷۶	۸/۳۷	۸/۰۴	۶/۶۵

*p< ۰/۰۵ و **p< ۰/۰۱

به دنبال ماتریس همبستگی، مدل مفهومی ارائه شده در نمودار ۱، به روش تحلیل مسیر با بکارگیری نرم افزار لیزرل مورد آزمون قرار گرفت. مدل برازش شده شامل مسیرهای معنادار، ضرایب استاندارد رگرسیون و واریانس تبیین نشده می‌باشد که در نمودار ۲ ترسیم گردیده است.



نمودار ۲. آزمون الگوی ساختاری پژوهش : رابطه ابعاد مختلف مذهب با سلامت روان به واسطه هیجانات شرم و احساس گناه

شاخص‌های نیکویی برازش مدل در جدول ۲ درج گردیده است. نتایج مندرج در این جدول نشان می‌دهد که نسبت خی دو به درجه‌ی آزادی برابر ۱/۰۸۲ و شاخص نکویی برازش (GFI) برابر ۰/۹۹ شده است که بیانگر برازش خوب مدل می‌باشد. بنابراین داده های پژوهش مدل پیشنهادی را تایید کردند.

جدول ۲- شاخص های نیکویی برازش مدل پژوهش

X^2	P	RMS	SRMR	GFI	AGFI

		EA			
۱/۰۸۲	۳۷۱۳۸/۰	۰۱۷/۰	۰۳۴/۰	۹۹/۰	۹۷/۰

بر اساس نتایج حاصل از آزمون مدل پژوهش (نمودار۲)، اثرات مستقیم، غیر مستقیم، کل و واریانس تبیین شده‌ی به دست آمده برای متغیرهای مدل مذکور در جدول ۳ ذکر گردیده است.

جدول ۳- اثرات مستقیم، غیر مستقیم، کل و واریانس تبیین شده ی متغیرهای الگوی پژوهش

مسیر	اثر مستقیم	اثر غیر مستقیم	اثر کل	(R^2
بر سلامت روان				
احساس گناه	۰/۱۸*	---	۰/۱۸	
شرم	-۰/۴۱*	---	-۰/۴۱	
بعد اعتقادی	---	۰/۰۳	۰/۰۳	۰/۲۰
بعد عاطفی	---	۰/۰۴	۰/۰۴	
بعد مناسکی	---	۰/۰۲	۰/۰۲	
بر احساس گناه				
بعد اعتقادی	۰/۱۶*	---	۰/۱۶	
بعد عاطفی	۰/۲۴*	---	۰/۲۴	۰/۱۹
بعد مناسکی	۰/۱۴*	---	۰/۱۴	

* T > +۱/۹۶

نمودار تحلیل مسیر (نمودار ۲) نشان می دهد که ابعاد مختلف مذهب با هیجان احساس گناه رابطه دارند. بعد اعتقادی، تنها هیجان احساس گناه (β=۰/۱۶) را به طور مثبت پیش بینی نمود. بعد عاطفی این هیجان را به طور مثبت پیش بینی کرده (β=۰/۲۴) و با هیجان شرم رابطه معناداری نداشت. بعد مناسکی نیز فقط احساس گناه را به طور مثبت پیش بینی کرد (β=۰/۱۴) و برای بعد پیامد با هیچ یک از هیجانات مذکور رابطه معناداری به دست نیامد. در نمودار ۲ این متغیر و کلیه مسیرهای غیرمعنادار از مدل حذف گردیدند.

متغیر احساس گناه (β=۰/۱۸) سلامت روان را به طور مثبت پیش بینی کرده و متغیر شرم، سلامت

روان را به طور منفی (β= −۰/۴۱) تبیین نمود. همچنین کلیه ابعاد متغیر مذهب با یکدیگر همبستگی مثبت داشتند که در نمودار ۲ ذکر شده است. بر اساس ضرایب جدول ۳ مقدار واریانس تبیین شده‌ی هیجان احساس گناه توسط متغیرهای برون زای پژوهش ۱۹ درصد به دست آمد و کلیه‌ی متغیرهای درونزا و برونزا توانستند ۲۰ درصد از واریانس متغیر درونزای سلامت روان را تبیین نمایند.

نتیجه

این پژوهش با هدف تحلیل رابطه مذهب و سلامت روان انجام گرفته و فرض شده است که ابعاد مختلف مذهب به واسطه هیجانات خودآگاه شرم و احساس گناه بر سلامت روان تاثیر غیرمستقیم دارند. به این منظور بر اساس مبانی نظری و تحقیقات پیشین، این روابط در قالب یک الگوی ساختاری ترسیم گردید و به روش تحلیل مسیر با استفاده از نرم افزار لیزرل آزمون شد. نتایج تحلیل مسیر نشان داد که برخی از ابعاد مذهب (بعد اعتقادی، بعد عاطفی و بعد مناسکی) فقط احساس گناه را پیش بینی کرده اما با هیجان شرم رابطه معناداری پیدا نکردند. همچنین هیجانات مذکور سلامت روان را تبیین نمودند. بنابراین ابعاد مختلف مذهب توانستند به واسطه احساس گناه، سلامت روان را پیش بینی نمایند و هدف پژوهش به طوری که در مدل مفهومی فرض شده بود، مورد تایید قرار گرفت.

نتایج همبستگی نشان داد ابعاد اعتقادی، عاطفی و مناسکی مذهب با سلامت روان رابطه مثبت داشته اما برای بعد پیامدی رابطه معناداری به دست نیامد. این یافته همسو با نتایج پژوهش های قبلی است (Hackney, Sanders, 2003; Koenig, 2004; Koenig, 2008; Levin, 2010; Mirzamani & Mohammadi, 2001; Bahrami Ehsan, 2003; Cheraghi & Maulvi,2006; Khodayarifard, 2001; Shojaeian, Zamani Monfared, 2002). در ادبیات تحقیق و در فراتحلیل‌هایی که توسط محققینی از جمله کوئینگ، لارسون (Koenig & Larson, 2001) و دیگران انجام شده است رابطه مثبت ابعاد مختلف مذهب با سلامت روان تایید شده است. در توجیه رابطه مثبت بعد اعتقادی مذهب با سلامت روان می‌توان گفت افرادی که دارای باورهای اعتقادی قوی هستند و معتقدند این جهان دارای خالقی یکتاست و خداوند متعال این جهان و انسان را از سر حکمت آفریده و خلقت آن ها هدفی متعالی را به دنبال دارد، زندگی خود را با هدف و معنا می دانند. این افراد برای زندگی آینده خود هدفی والا در نظر می گیرند، قادر به تصمیم گیری و کنترل امور زندگی خود هستند و هنگام مواجه شدن با مشکلات با صبر، تحمل و تلاش به مقابله با آن می پردازند. بنابراین این افراد با احتمال بیشتری از حالات و نشانه های مربوط به اختلال روانی از جمله افسردگی و اضطراب دور بوده و از سلامت روانی بالاتری برخوردارند. در تبیین رابطه مثبت بعد عاطفی و سلامت روان می توان گفت ایمان به خدا و زندگی پس از مرگ در انسان نیروی معنوی عمیقی ایجاد می کند که

موجب برانگیختگی احساسات و عواطف مثبتی از جمله حس خود ارزشمندی، امید به آینده، خوشبینی، خرسندی، دوست داشتن خود و دیگران می شود. افراد متدین(دیندار) در مواجه با مشکلات و در هنگام سختی مغلوب نمی شوند چون خداوند را به عنوان پناهگاهی در کنار خود حس می کند و از او یاری و مدد می جویند. در هنگام ارتکاب خطا و اشتباه احساس توبه و پشیمانی دارند و در صدد جبران خطای خود بر می آیند و به بخشش خود امیدوارند. بنابراین چنین افرادی کمتر دچار یاس و ناامیدی شده و از سلامت روحی و روانی بیشتری برخوردارند. رابطه مثبت بعد مناسکی با سلامت روان نیز بیانگر آن است که انجام اعمال و فرایض دینی به صورت فردی مانند خواندن نماز ، قرآن و ادعیه و جمعی مانند شرکت در مساجد، موسسات مذهبی و مراسم مذهبی، علاوه بر ایجاد آرامش و معنویتی که در نتیجه نیایش با خداوند ایجاد می کند، به دلیل داشتن جنبه اجتماعی موجب نشاط، شادمانی و سرزندگی افراد شده و آن‌ها را از آسیب ها و اختلالات روانی از جمله افسردگی، اضطراب، یاس و ناامیدی مصون می دارد. در تحقیقی که توسط پالوما و پندلتون در مورد نقش مذهب در سلامت روان انجام شد، نیز مشاهده گردید که اعتقادات مذهبی و نماز خواندن ارتباط قوی و مستقیمی با احساس رضایت کامل از زندگی دارند. (Karami, Roghanchi, Atari et al, 2006). انجام فرایض مذهبی جمعی نیز موجب برخورداری فرد از حمایت اجتماعی بیشتر می شود. این امر به سبب ارتباط فرد با جامعه مذهبی، و روحانیون ایجاد می‌شود (Koenig, 2004).

در بین ابعاد مذهب، رابطه بعد پیامدی با سلامت روان معنادار نشد. چراغی و مولوی (Cheraghi & Maulvi, 2006) نیز در پژوهش خود نتیجه مشابهی بدست آوردند. این پژوهشگران علت عدم معناداری این رابطه را به گویه های این بعد نسبت دادند. در این بعد بیشتر ابعاد اجتماعی دینداری از جمله پرداخت مالیات، برخورد با بد حجابی، برابری حقوق زنان و مردان مورد سوال قرار گرفته و شاید به این دلیل که نگرش افراد در این زمینه ها شخصی است و بیشتر توسط معیارهای غیر مذهبی و منحصر به فرد تعیین می گردد، رابطه معناداری حاصل نشده است.

یافته‌ی بعدی پژوهش حاضر این بود که ابعاد اعتقادی، عاطفی و مناسکی مذهب، احساس گناه سازگارانه را به صورت مثبت پیش بینی کرده و احساس گناه نیز سلامت روان را به طور مثبت پیش بینی نموده و به عنوان واسطه‌ای بین ابعاد مذکور و سلامت روان قرار گرفت. این یافته ها مورد انتظار بوده و همسو با برخی از نتایج تحقیقات قبلی بوده (Tangney,1995; Tangney & Dearing, 2002; Khosravi, Zarabiha & Nemati, 2011) و با برخی از نتایج دیگر ناهمسو می باشد(O'Conner, Berry, Weiss & Gilbert, 2002; Bruno, Lutwak & Agin, 2009; Demehri, Honarmand, Yavari, 2010). در

تحقیقات ناهمسو احساس گناه به عنوان یک هیجان ناسازگار درنظرگرفته شده بود از اینرو با اختلالات روانی مانند وسواس، افسردگی و اضطراب رابطه مثبت داشته است. اما در تحقیقات همسو نتایج نشان داد مذهب و معنویت هیجانات و کارکردهای اجتماعی فرد را تحت تاثیر قرار می دهد و با شکل سازگار و سازش یافته احساس گناه رابطه مثبت داشته و از طرف دیگر هیجان احساس گناه رفتارهای جامعه پسند و جبران کننده و همدلی را در سطوح بین فردی پرورش می‌دهد و با اختلالات روانی یا رابطه ای ندشته و یا رابطه منفی دارد. در حقیقت یافته مذکور چگونگی رابطه مذهب بر سلامت روان را تبیین می کند و می توان گفت افراد مذهبی از باورهای اعتقادی بالا برخوردارند و نسبت به اعتقادات خود عواطف بالایی دارند. این افراد با انجام اعمال و فرائض دینی مانند خواندن نماز، قرآن و ادعیه و شرکت در مراسم مذهبی، نسبت به اعمال و رفتار فردی و به خصوص اجتماعی خود مراقب بوده و آن را تحت نظارت خود دارند. در هنگام تخطی از قوانین عرفی و مذهبی، به جای مواخذه خود و احساس بی ارزشی و ناامیدی، رفتار خود را اشتباه دانسته و درصدد جبران آن برمی آیند و در نهایت از عزت نفس بالاتری برخوردار می شوند. بنابراین احساس گناه سازگارانه منجر به تنظیم رفتار در سطح درون فردی و بین فردی و در نهایت سازگاری روانی بالاتر می شود. همچنین بر اساس ضرایب رگرسیون به دست آمده، ضریب رگرسیون بعد عاطفی نسبت به ابعاد اعتقادی و مناسکی بیشتر شده است بنابراین می توان نتیجه گرفت که عاطفه دینی افراد نسبت به باورهای دینی، نقش مهمتری و تعیین کننده تری در تنظیم هیجانات و سلامت روان ایفا می کند به این معنی که آگاهی و شناخت دینی به تنهایی کافی نبوده و احساسات و عواطف فرد نسبت به این باورهاست که آن ها را کامل و اثربخش می نماید.

نتایج پژوهش حاضر همچنین نشان داد که ابعاد مختلف مذهب با شرم رابطه معناداری پیدا نکردند اما این هیجان به طور منفی سلامت روان را تبیین نمود. در مورد رابطه مذهب و دینداری، با هیجانات منفی مانند شرم سازش نایافته در اکثر مطالعات رابطه منفی به دست آمده و یا این رابطه معنادار نبوده است (Fontain, Corveleyn & Luyten,1998; Tangney, Dearing, 2002; Koenig, McCollough & Larson, 2001; Levin, 2010). البته در مواردی هم رابطه مثبت به دست آمده است (Navara & James, 2005). کوئینگ (Koenig, 2004) در این رابطه اظهار کرده است که گاهی متخصصان بالینی با مراجعانی مذهبی برخورد می‌کنندکه به نظر می رسد باورها و اعمال شدید مذهبی در آنها منجر به احساس گناه ناسازگار، نشخوارهای فکری، نگرانی و احساس طردشدگی شده است که این امر می تواند به واسطه باورهای ناکارآمد مذهبی ایجاد شود (به نقل از Cheraghi & Maulvi, 2006). در برخی از مطالعات نیز به

این دلیل رابطه ی مذکور مثبت شده که جهت گیری بیرونی مذهب در نظرگرفته شده است، در جهت گیری بیرونی مذهب، افراد مذهب را برای رفع نیازها، کسب آسایش و امنیت فردی و اجتماعی و جلب نظر اجتماعی مورد توجه قرار می‌دهند. به عبارت دیگر برای این افراد مذهب وسیله‌ای برای دستیابی به اهداف دیگری که برای آنها مهم است تلقی می شود که مطالعات نشان داده است که این نوع جهت گیری مذهبی تضمین کننده سازگاری، کاهش آسیب های روانی و ارتقای سلامت روانی نمی باشد (Watson, Milliron, Morris & Hood, 1994; Janbozorgi, 2008; Chavoshi, Talebian, Tarkhoraniet al, 2008). در مطالعاتی که رابطه منفی به دست آمده یافته ها حاکی از همبستگی منفی بین مذهب و آسیب های روانی مرتبط با احساس شرم مانند افسردگی، اضطراب و خشم بوده است. در پژوهش حاضر رابطه معناداری بین ابعاد مذهب و شرم به دست نیامد. این یافته با نتایج مطالعات عطری فرد، آزاد فلاح و اژه‌ای (Atrifard, Azad Falah & Ezhehei, 2006) و زان واکسلر و رابینسون (Zahn-Waxler & Robinson, 1995) به نقل از (Tangney & Dearing, 2002) همسو می باشد. این محققین در مطالعات خود نشان دادند در هیجان شرم در مقایسه با احساس گناه، بنیادهای زیستی نقش مهمتری دارند به این معنی که هیجان شرم کمتر تحت تاثیر عوامل فرهنگی و اجتماعی از جمله مذهب قرار داشته و بیشتر تحت تاثیر مولفه های ژنتیکی می‌باشد.

یافته دیگر این بود که هیجان شرم، سلامت روان را به طور منفی پیش بینی نمود. این یافته همسو با نتایج تحقیقات قبلی است (Luyten, Fontaine & Corveleyn, 2002; Lutwak, Panish & Ferrari, 2003). تانجنی و دیرینگ (Tangney & Dearing, 2002) در مطالعات گسترده ای که در زمینه پیشایندها و پیامدهای شرم سازش نایافته انجام دادند، نشان دادند که هیجان شرم در نتیجه یک خطای اخلاقی یا در نتیجه تظاهرات عدم شایستگی رخ می دهد و پس از آن فرد خود را مورد مواخذه قرار می دهد، نه فقط برای آن رویداد خاص بلکه به این دلیل که خود را به عنوان فردی ناقص، بی فایده و نفرت انگیز می پندارد. از اینرو این هیجان تهدیدی برای "خود" بوده و منجر به احساس خشم و خصومت نسبت به خود شده، که زمینه ساز اختلالات و آسیب های روانی از جمله افسردگی، اضطراب و وسواس می باشد. بنابراین افرادی که به لحاظ زیستی مستعد هیجان شرم می باشند به دلیل سرزنش افراطی "خود" با احتمال بیشتری در معرض ابتلا به اختلالات روانی و در نتیجه کاهش سلامت روانی می باشند.

بر اساس نتایج پژوهش حاضر، در مجموع ابعاد مختلف مذهب بر سلامت روان تاثیر مثبت داشته و از بین ابعاد مذهب سه بعد اعتقادی، عاطفی و مناسکی با سلامت روان رابطه بیشتری داشتند. همچنین احساس گناه توانست نقش میانجی را در این رابطه ایفا کنند. برای هیجان احساس گناه یک الگوی انطباقی و سازش

یافته برای سلامت روان به دست آمد اما شرم با یک الگوی غیرانطباقی همراه بود. بنابراین مذهب می تواند با افزایش احساس گناه سازگارانه به سلامت روانی فرد منجر شود اما با توجه به اینکه هیجان شرم بیشتر متاثر از بنیادهای زیستی است مذهب نقش قابل ملاحظه‌ای در آن نداشته و شکل ناسازگارانه این هیجان بر سلامت روان تاثیر منفی شدیدی می گذارد چنانکه میزان بالای آن فرد را مستعد برای ابتلا به اختلالات و آسیب های روانی می نماید.

در پایان با توجه به اینکه متغیرهای پژوهش توانستند ۲۰ درصد از واریانس سلامت روان را پیش بینی کنند، متغیرهای دیگری نیز می توانند در رابطه بین مذهب و سلامت روان قرار گیرد و میزان بیشتری از واریانس سلامت روان را تبیین نمایند لذا پیشنهاد می شود در پژوهش های آتی مدل پژوهش با متغیرهای مرتبط بیشتری و حجم نمونه وسیعتری مورد بررسی قرار گیرد. همچنین به دلیل اینکه پژوهش حاضر از نوع همبستگی بوده است نباید از روابط موجود در بین متغیرها استنباط علّی به عمل آید و در تعمیم نتایج این پژوهش نیز باید احتیاط لازم به عمل آید.

Referenses

Andrich . D, Van schroboeck. L. (1989). The General Health Questionnaire: A psychometric analysis using latent trait theory. *psychol Med*.19:469-85.

Atrifard, M., Azad Falah, P., Ezhehei, j. (2006). Activity of brain/behavioral systems and proneness to shame and guilt. *Journal of psycology*. Vol.10, No.1 (37), Page 3-21. (in Persian)

Bahrami Ehsan, H. (2003). *Religious orientation, anxiety and self-esteem. Journal of psychology*. Vol.6, No.4(24), Pages 336- 347. (in Persian)

Bruno, S., Lutwak, N., & Agin, M. (2009). Conceptualization of guilt and the corresponding relationship to emotional ambivalence, self-disclosure, loneliness and alienation. *Personality and Individual Differences* , 47, 487-491.

Bruno, S., Lutwak, N., & Agin, M. (2009). Conceptualization of guilt and the corresponding relationship to emotional ambivalence, self-disclosure, loneliness and alienation. *Personality and Individual Differences* , 47, 487-491.

Chavoshi, A., Talebian, D., Tarkhorani, H., Sedqi-Jalal, H. , Azarmi, H. & Fathi-Ashtiani, A. (2008). The relationship between prayers and religious orientation with mental health. *Journal of Behavioral Sciences*. Vol 2, No. 2, Pages: 149-156. (in Persian)

Cheraghi, M. & Maulvi.H. (2006). The relationship between different aspects of religiosity and general health in the students of Isfahan University. New Educational Approaches. vol.2 , No.2, Issue 6 .pages 1-22. (in Persian)

Demehri,M., Honarmand, H., Yavari, H. (2010). Depression and Obsessive-Compulsive as Antecedent of Guilt Feeling and Anxiety as Consequences of it in University Girl Students. *Journal of Women and Culture*. Vol.2, No. VI, Pages: 25-36. (in Persian)

Etemad , Galil . (2012). Epistemological beliefs and academic integrity : The mediatory role of shame and guilt. Educational psychology master degree's thesis . Shiraz : Shiraz University. (in Persian)

Fontain.J.R,J., Corveleyn. J., & Luyten, P. (1998). Proneness to guilt and shame: *An* empirical confrontation and a theoretical integration of two conflicting approaches. (Manuscript submitted for publication to *Journal of Personality and Social Psychology.)*

Fontain.J.R.,J ., Luyten, P. & Corveleyn, J. (1998). Religious involvement, religious attitudes, and values. (Manuscript submitted for publication to *Journal for the Scientific Study of Religion*.)

Ghoreishi Rad, F. (2003). The role of religion and religious coping in mental health . Islam and Mental Health. Maaref press. (Proceeding, Vol.2), pages: 249-257. (in Persian)

Glock, C. Y., & Stark, R. (1965). *Religion and Society in Tension*. Chicago: Rand McNally.

Goldberg, DP, Blackwell, B. (1970). Psyshiatric illness in general practice. A detailed study using method of case identification. *Brit Med J*. 1970; 1:439-43.

Hackney, C.H., Sanders, G. S.(2003). Religiosity and Mental Health: A Meta-Analysis of Recent Studies. *Journal for the Scientific Study of Religion 42:1 ,P 43–55*

Harderd, .W. (1995). Shame and guilt assessment, and relationships of shame- and guilt-proneness to psychopathology. In: J.P. Tangnney, J. E. & YK. W. Fishe(RE ds), *Self-consciousE motions. The Psychology of Shame, Guilt, Embarrassment and Pride* (pp. 368-392). New York: The Guilford Press.

Hood,R .W., JR, Spilkab, ., Hunsbergebr. ,& Gorsuchr,. (1996). *The Psychology of Religion. An Empirical Approach* (2nd edn). New York: The Guilford Press.

Jacobs.J.,L . (1992). Religious ritual and mental health. In: J.F. Schumake(ERd .), *Religion and Mental Health* (pp. 291-299). New York: Oxford University Press.

Janbozorgi, M. (2008). Religious orientation and mental health. *Pajouhesh dar pezeshki*. Vol. 31, No.4, pages 345- 350. (in Persian)

Johnson, K. S., Tulsky, J. A., Hays, J. C., Arnold, R. M., Olsen, M. K., Lindquist, J. H., et al. (2011). Which domains of spirituality are associated with anxiety and depression in patients with advanced illness? *Journal of General Internal Medicine, 26*, 751-758.

Karami, J. ,Roghanchi, M. , Atari.Y. , Bashideh , K. & Shukri M. (2006). An Assessment of the multiple dimensions of religious orientation and mental health in students of Razi University. *Journal of Education and Psychology* , Shahid Chamran University. No.3 (In persian).

Khodayarifard , M . (2001). The scope of psychological research in the field of religion. Thought and Behavior. Vol 4 .No.24 , Pages: 53-45. (in Persian)

Khosravi, Z., Zarabiha, E., Nemati, A. (2011). An Investigation of the Relationship among pathological and non pathological guilt feeling, Religious Attitude and Mental Health. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*. 30. 1370-73.

Koenig, H. G. (2004). Spirituality, wellness, and quality of life. *Sexuality, Reproduction and Menopause*, 2, 76-82.

Koenig, H. G. (2008). *Religion, sprituality and health: Research and clinical applications*. Presented at: NACSW Convention 2008, Orlando, FL.

Koenig, H. G. and D. B. Larson. (2001). Religion and mental health: Evidence for an association. *International Review of Psychiatry* 13:67–78.

Koenig, H. G., McCollough, M. E., & Larson, D. B. (2001). *Handbook of religion and health*. London: Oxford University Press.

Krause, N. (2003). Religious meaning and subjective wellbeing in late life. *The Journal of Geruntology*,0:58, 160-170.

Levin, J. S. (2001). *God, faith, and health: Exploring the spirituality healing connection*. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.

Levin, J. S. (2010). Religion and Mental Health: Theory and Research. *International Journal of Applied Psychoanalytic Studies*. Published online in Wiley InterScience.

Lewis,. B. (1971). *Shame and Guilt in Neurosis.* New York: International Universities Press.

Lutwak, N.; Panish, J,: & Ferrari. J. R. (2003). Shame and guilt: Characterological vs. behavioral self-blame and their relationship to fear of intimacy. *Personality and Individual Differences*, 35, 909-916.

Luyten, P., Fontaine, J., & Corveleyn, J. (2002). Does the Test of Self-Conscious Affect (TOSCA) measure maladaptive aspects of guilt and adaptive aspects of shame? An empirical investigation. *Personality and Individual Differences*, 33, 1373-1382.

Mir Zamani,M; Mohamadi, MR. (2001). Research about the religious value in a group of mental patients based on test Allport study, Vernon and Lindsay. *Hakim Quarterly*; 4(1): 51-8.

Murray-Swank, A. B., Lucksted, A., Medoff, D. R., Yang, Y., Wohlheiter, K., & Dixon, L. B. (2006). Religiosity, psychosocial adjustment, and subjective burden of persons who care for those with mental illness. *Psychiatric Services*, *57*, 361-365.

Navara,G.S. James, S. (2005) . Acculturative stress of missionaries: Does religious orientation affect religious coping and adjustment? *International Journal of Intercultural Relations*,29, 39-58.

Nejati , O. (2005). The Quran and psychology , translated by Abbas, Arab ,Mashhad Astan Quds Razavi Press. (in Persian)

O'Conner, L. E., Berry, J. W., Weiss, J., & Gilbert, P. (2002). Guilt, fear, submission, and empathy in depression. *Journal of Affective Disorders*, 71, 19-27.

Park, G., Chohen, L. H. & Herb, L. (1990). Intrinsic religiousness and religious coping as life stress moderators for catholics versus protestants. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59 (3), 562-574.

Payne, I. R., A. E. Bergin, K. A. Bielema, and P. H. Jenkins. (1991). Review of religion and mental health: Prevention and the enhancement of psychosocial functioning. *Prevention in Human Services* 9:11–40.

Roshan Chesli.R , Atrifard, M. & Noori Moghaddam, S. (2007). An Investigation of reliability and Validity of the “Third Version of self-conscious affect” test (TOSCA-3). *Daneshvar Raftar*. Vol.14, No.25, Pages 31-46. (in Persian)

Schafer, W. E., King, M. (1990). Religiousness on stress among college students: American survey report. *Journal of College Student Development*, 31, 336-41.

Serajzadeh, S.H . (1999). Attitudes and religious behavior in Tehran adolescents and its implications for the theory of secularization. Nemayeh pajoohesh. No.9-10, pages 105-118. (in Persian)

Shojaeian, R., Zamani Monfared, A. (2002). The relation between use of prayers, mental health, and job performance among technical workers of Tehran ammunition industries. *Iranian Journal of psychiatry and clinical psychology*. Vol.8, No.2 (30), Pages 33-39. (in Persian)

Sternthal, M. J., Williams, D. R., Musick, M. A., & Buck, A. C. (2010). Depression, anxiety, and religious life: A search for mediators. *Journal of Health and Social Behavior,* 51, 343-359.

Tangney, J. E, Dearing, R. L., Wagner, E E., & Gramzow, R. (2000). *The Test of Self-Conscious Affect-3 (TOSCA-3).* George Mason University Fairfax, VA.

Tangney, J. E. (1995). Shame and guilt in interpersonal relationships. In J. P. Tangney & K. W. Fisher (Eds.), *Self-conscious emotions: The psychology of shame, guilt, embarrassment, and pride (pp. 114–139)*. NewYork: Guilford.

Tangney.J. E ,Urggrasf.,A . & Wagnerp, .E. (1995). Shame-proneness, guilt-proneness, and psychological symptoms. In: J.P. TANGN&E YK .W. FISCHE(RE ds), *Self-conscious Emotions. The Psychology of Shame, Guilt, Embarrassment, and Pride* (pp. 343-367). New York: The Guilford Press.

Tangney.J. E, Dearing, R. L. (2002). *Shame and guilt* . New York : The Guilford Press.

Watson PJ, Milliron JT, Morris RJ, Hood RW.(1994). Religion and rationality: comparative analysis of rational emotive and intrinsically religious irrationalities. *Journal of Psychology and Christianity*. 13(4):373-84.

Yaghubi H., Karimi H., Omidi A., Barouti E., Abedi M.(2012). Validity and factor structure of the general health questionnaire (GHQ-12) in university students. *Journal of behavioral sciences (JBS).* Vol. 6, No.2 (20), Page 153-160. (in Persian)